

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

M22- N° 004748

1633 26

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6641 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAHABI Abdelrahmane
Date de naissance : 1951
Adresse : 10 Rue Mikheil Noudime - Apt 10
Casablanca
Tél : 0619863521 Total des frais engagés : 2500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/05/23
Nom et prénom du malade : Sahabi Abdelrahmane Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : injection intra-vitréenne
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 31/05/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/05/2013	31/05/2013	1	500,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

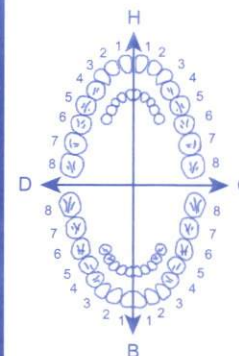
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

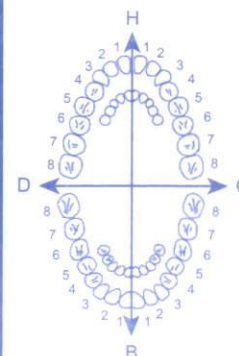
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE NOUR D'OPHTHEALMOLOGIE OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

28 ANGLE RUE DES PALMIERS ET ROUTE DES FACULTES

OASIS CASABLANCA

TEL : 0522 23 49 89 FAX : 0522 23 49 87

CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •



BILLET DE SORTIE

Nom du patient : SAHABI ABDERAHMANE		
Chambre : NA		
Médecin traitant	WAHIDY ADIL	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	31/05/2023	
Date sortie	31/05/2023	
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : AJGHID 31/05/2023 09:04 4994/23		

FACTURATION
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés, Oasis - Casablanca
Tel : 0522 23 49 89

Dr. WAHIDY ADIL
OPHTALMOLOGUE
Abdelhakem Chahar
et Dal Abdelhakem Chahar
Tel : 0522 23 49 89



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

cliniquenour01@gmail.com • البريد الإلكتروني : 05 22 23 49 87 • الفاكس : 05 22 23 49 89 LG • الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG

روم م ص : 090060914 • البانتا : 34751148 • ت ج : 40143077 • ص و ج : 8282733 • م . م . ش : 002782953000058 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

5 Date de consultation et état du malade :

31/05/23

6 Enseignements cliniques sommaires :

Injection intra-vitréenne de l'OG
K40

**7 Traitement envisagé correspondant à la
Cotation indiquée sur le bulletin d'information
Demande d'entente préalable (si possible nombre des actes)09**

Injection intra-vitréenne de l'OG
K40

8 Durée prévisible du traitement :

A Casa LE 31/05/23

Signature


Dr. Adil WAHIDY
Ophtalmologiste
Angle Bd. Anouar et P. d. Alim...
2ème Etage N° 211 Casablanca
Tél. 06 61 40 00 35

mercredi 31 mai 2023

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Opérateur : DR WAHIDY ADIL

Mr. SAHABI Abderahmane

Injection intra-vitréenne d'Anti VEGF au niveau de l'oeil gauche

Désinfection à la bétadine 3 mm

Champs malade

Blépharostat

Repérage du point d'injection du limbe supérieure de 4 mm

Injection de 1,25 mg fractionnée d'AntiVEGF en intra-vitréen

Pommade tobradex

Dr. Adil WAHIDY
Ophtalmologiste
Abdelhak El Anass Center
Angle Bd. Anouar et Bd. Al Falmachien
2ème Etage N° 211 Casablanca
Tél: 0522 23 49 87 - Fax: 0522 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

cliniquenour01@gmail.com • البريد الإلكتروني : 05 22 23 49 87 • الفاكس : 05 22 23 49 89 LG • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • الدار البيضاء • الوازيس - الدار البيضاء • زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات ، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • الفاكس : 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com

007 780 0001227000000605 67 • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67 • روم م ص : 090060914 • الباتنتا : 34751148 • ت ج : 40143077 • ص و ض ج : 8282733 • م م ش : 002782953000058 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

F A C T U R E

N° 4 994 / 2023 du 31/05/2023

Nom patient	SAHABI ABDERAHMANE	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	31/05/2023	31/05/2023

DR. WAHIDY ADIL (OPH)

INJECTION INTRA-VITREENNE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE IVT	1.00	K40	1 250.00	1 250.00
Total Frais Clinique			Sous-Total	1 250.00
PRESTATIONS EXTERNES				1 250.00
DR. WAHIDY ADIL (oph)	1.00	K	1 250.00	1 250.00
Total prestations externes			Sous-Total	1 250.00
				1 250.00

	Total général	2 500.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
DEUX MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	2 500.00				2 500.00	0.00

FACTURATION
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route des Facultés, Oas - Casablanca
Tel: 05 22 23 49 87 - Fax: 05 22 23 49 89

FACTURATION
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route des Facultés, Oas - Casablanca
Tel: 05 22 23 49 87 - Fax: 05 22 23 49 89



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E. : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • الفاكس : 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com

روم م.ص : 090060914 • الباتنتا : 34751148 • ت.ج : 40143077 • ص.وض.ج : 8282733 • م.م.ش : 002782953000058 • التجاري و افافا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67